

從美國高額醫療費用保險探討臺灣 實支實付型醫療保險之給付限額

▲張喆韋

一、前言

近年來國人就醫自費之醫療費用逐步攀升下，透過商業醫療保險進行保障規劃日益重要，但目前國內實支實付型醫療保險商品之設計方式對填補國人醫療費用缺口與防範保險資源濫用之功能上，似仍有待檢驗。又考量美國的商業醫療保險市場發展歷史悠久，該國商業醫療費用保險以「基本醫療費用保險」及「高額醫療費用保險」為主要，其中高額醫療費用保險的成本分攤機制及給付限額設計有多處於我國在推動商業醫療保險上可資借鑑，值得加以探討。

二、美國高額醫療費用保險之成本分攤機制與給付限額

(一) 基本醫療費用保險

「基本醫療費用保險」(Basic Medical Expense Insurance，下簡稱“Basic Plans”)，屬於美國1970年以前傳統型態之醫療費用保險，各項給付主要以「住院」為要件，提供保戶因疾病或傷害之住院期間接受醫療及手術相關費用之保障，包括住院費用、外科手術費用、內科

醫師醫療費用、指定之門診費用、延伸照護服務費用等項目。

Basic Plans 在成本分攤機制上，儘管有少部分保單會納入「自負額」(deductible) 機制，但大多數保單對保戶支出之「第一塊錢」(first-dollar) 即有提供給付，尚無約定自負額。此外，由於 Basic Plans 通常僅限於「住院」才有給付，容易造成醫療資源浪費，給付項目以基本的住院給付為主，且採「分項限額」設計，較適合保戶短期住院產生的相關費用。

(二) 高額醫療費用保險

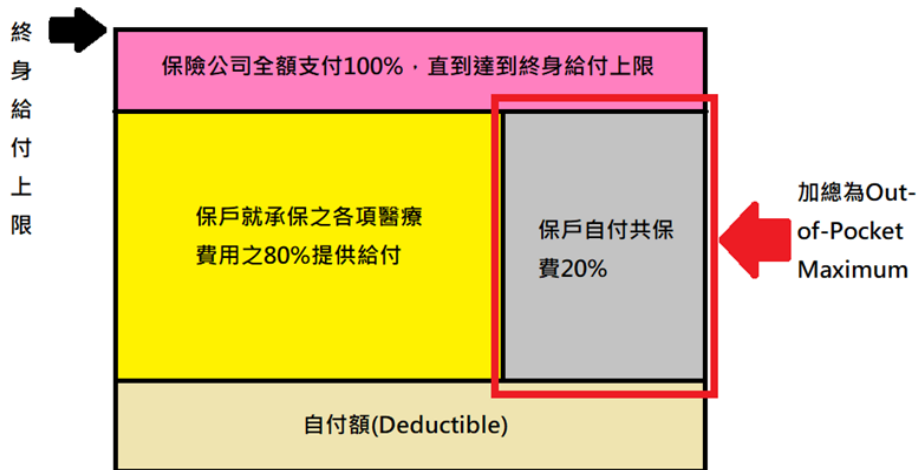
美國的「高額醫療費用保險」(Major Medical Expense Insurance，下簡稱“Major Medical Plans”) 主要係為因應保戶罹患需花費高額醫療支出之重大疾病情形而設計。有鑑於過去 Basic Plans 對填補醫療費用缺口效果之不足，Major Medical Plans 之保障範圍除包含 Basic Plans 提供的各項給付外，尚會納入其他醫療費用項目，對各項給付之限制通常較 Basic Plans 少。又為降低保

險費，該類保險取消對保戶「第一塊錢」支出之保障，透過「自負額」(deductible)及「共保比率」(coinsurance)機制與保戶共同分攤費用，以達到控制保險與醫療成本之效益。

美國常見的 Major Medical Plans

為「綜合性高額醫療費用保險」(Comprehensive Major Medical Expense Insurance，下簡稱綜合性醫療保險)，該類保險提供完整的保障範圍，更適合因應重大疾病患者之大額醫藥支出。下圖 1 為常見之綜合性醫療保險給付架構。

圖 1: 綜合性高額醫療費用保險



當保戶面臨需要持續支出昂貴治療費用的重大疾病時，前述 Major Medical Plans 之共保比率機制恐將使保戶承擔相當醫療費用，故多數保單會對保戶在一定期間內自付醫療費用的總金額設定上限，此即為「自付費用上限」(Out-of-Pocket Maximum)，一旦達到此自付費用上限，保單將 100% 全額承擔所有後續發生的費用，直到達到計畫約定的「終身給付限額」(lifetime maximum)。此機制自美國 1980 年代開始興盛，最常見的自付費用上限金額落在 1,000 至

1,500 美元之間，少數保單訂在 1,500 至 2,500 美元之間，此後有逐漸降低趨勢。

(三) 成本分攤機制與給付限額:

1. 自負額：

Major Medical Plans 的自負額運作方式係保戶必須先自行支出等於自負額之一定金額後，保險計畫才開始對後續產生的醫療費用給付，以降低保費、抑制不必要之醫療成本，並避免小額理賠過多、耗費保險公司行政資源。自負額機制運作上通常會對個別

保戶約定統一固定金額之自負額，或依團保的員工收入水準決定不同之自負額。

考量小額及經常性之醫療費用在特定案例下可能累積相當金額，Major Medical Plans 保單通常會約定「自負額的累積期間」，即在一定期間內保戶自付之醫療費用累積金額超過自負額以上方能享有保險給付，累積期間通常為 1 年。美國於 1980 年代之 Major Medical Plans 保單約定之自負額，多在 100 美元至 1,000 美元區間，甚至採更高之金額。

隨保單約定須納入自負額計算之保戶人數之不同，自負額可區分為以個人為基礎之「個人自負額」，以及以家庭成員為基礎之「家庭自負額」。

「家庭自負額」通常約定當家庭內至少二至三名成員自付之醫療費金額累積達到家庭自負額後，該年度其他家庭成員即無須再受到自負額約定限制，可立即享有保障。

2. 共保比率：

「共保比率」(coinsurance) 之運作方式為，Major Medical Plans 保單會與保戶約定一個共同分攤費用之百分比率即「共保比率」，當保戶在保單約定自負額累積期間內自行支出之醫療費金額達到自負額後，保戶後續仍須按該共保比率自行分攤一部分醫療費用，由於保戶必須負擔部分醫

療費用，可促使其注意損失之控制，以避免醫療資源過度浪費、減少保險公司給付成本及降低保費。

美國在 1980 年間大部分 Major Medical Plans 之共保比率多為 80%，即在保戶自付醫療費超過自負額後，保險公司對之後產生的醫療費用之 80% 部分提供保險給付，剩餘的 20% 醫療費用仍須由保戶自行負擔，共保比率亦有高至 90% 或低至 75% 者。以一個自負額 500 美元、共保比率 80% 之 Major Medical Plans 為例說明，當保戶產生符合保單保障項目之醫療費用 2,000 美元時，因該金額超過保單自負額 500 美元，故保險公司對超過 500 美元部分之醫療費用即 1,500 美元提供保障，但因有約定共保比率 80%，保險公司僅對剩餘 1,500 美元的其中 1,200 美元 (1,500*80%) 提供保險給付，剩餘的 300 美元須由保戶自行負擔，故該名保戶應自行負擔之醫療費用總共為 800 美元 (共保費 \$300+ 自負額 \$500)。

3. 終身給付限額：

為了避免少數保戶需要長期持續支出或花費一筆鉅額的醫療費用，造成保險公司長期累積須給付相當大額的保險金致損及公司清償能力，美國大部分 Major Medical Plans 保單不會如 Basic Plans 般對各項給付設定分項限額，而是會與保戶約定有「終身給付限額」(lifetime maximum) 之條款

限制，對保險公司於保戶終身期間實際累積的給付金額設定一個上限，當對個別保戶之保險給付累積達到該上限金額後，保險公司之保險責任即終止。有研究指出，1970 至 1980 年間美國醫療險保單之「終身給付限額」大多訂為 25 萬美元或更高的金額。另尚有少數 Major Medical Plans 保單對給付限額之累積期間，係採按

年度累積 (per year maximum)。

三、臺灣實支實付型醫療保險之給付限額及損失填補功能探討

本章挑選近期國內 8 家壽險公司所銷售具一定銷量的 1 年期實支實付型醫療險保單，各保單名稱以英文字母依序命名為 A 保單至 H 保單，並綜整該 8 張保單之各項保險金給付限額如下表 1。

表 1: 國內實支實付型醫療保險之各項保險金給付限額及保費 (單位: 新臺幣元)

保險金項目 / 給付限額	A 保單	B 保單	C 保單	D 保單	E 保單	F 保單	G 保單	H 保單
每日病房費用保險金限額 (每日)	3,000	2,500	3,000	3,000	2,500 (最高 3,500)	2,000 (最高 2,500)	1,350 (最高 2,000)	3,000
住院醫療費用保險金限額 (每次)	-	10.2 萬 (住院超過 30 天之總限額 37.5 萬)	30 萬	21 萬 (含門診外科手術雜費)	30 萬 (最高 40 萬)	-	30 萬 (最高 40 萬)	-
住院醫療 & 手術費用保險金限額 (每次)	20 萬	-	-	-	-	30 萬 (最高 40 萬)	-	30 萬
住院手術費用保險金限額 (每次)	-	4.875 萬 * 表定比率	9 萬 * 表定比率	24 萬 * 表定比率 (同一次住院之外科手術給付總限額: 24 萬)	22.5 萬 (最高 27.5 萬)	-	20 萬 (最高 25 萬)	-
門診手術費用保險金限額 (每次)	3 萬	6 萬	1.5 萬	-	6 萬 (最高 7 萬)	8 萬 (最高 12 萬)	-	1.5 萬
門診特定處置保險金限額 (每次)	-	-	1 萬 * 表定比率	-	-	-	-	-
上開各限額直接加總之總實支限額 ¹	26 萬	23.6 萬	44.5 萬	48 萬	61 萬 (最高 78 萬)	40 萬 (最高 55 萬)	51 萬 (最高 67 萬)	34.5 萬
假設 30 歲開始投保 50 年之虛擬終身總實支限額	1,300 萬	1,180 萬	2,225 萬	2,400 萬	3,900 萬	2,750 萬	3,350 萬	1,725 萬

(一) 「每日病房費用保險金限額」之探討：

該 8 張保單之最高「每日病房費用保險金限額」介於新臺幣(下同)2,000 元至 3,500 元之間，觀察國內北部地區醫院之單人病床於健保補助後之自付差額費用普遍介於 3,000 元至 5,000 元之水準間，顯示目前國內主要實支實付型醫療險提供之病房費用保險金額度，僅能勉強讓保戶選擇品質較基本之單人病房或一般雙人病房，才能讓健保未給付之病房費全額由商業保險補貼，若需入住較高品質之單人病房則需自行負擔一部分病房費用，對於需長期住院之保戶較為不利。

(二) 「住院醫療費用保險金限額」之探討：

針對「住院醫療費用保險金限額」，先看 C 保單、E 保單及 G 保單，該等保單可選擇的最高實支限額在 30 萬至 40 萬元之間，而國內保戶住院常發生較大額支出之情形多為住院期間服用高價自費藥物，或手術使用高額自費或需差額負擔之特殊材料。以住院期間服用癌症標靶藥物為例，倘若保戶罹患大腸癌住院服用標靶藥物「癌思停」(avastin)，服用一個月約需花費 10 萬至 20 萬元，若保戶病情未符合

全民健保對該標靶藥物所要求之給付條件，同時又需要使用高額自費的特殊材料；或是裝設一支要價在 10 萬元以上之全吸收式生物血管模架 3 支以上時，再加計其他住院雜費，單次住院花費即可能超過 30 萬元，且在特材費均被列入住院醫療雜費給付範圍之情形下，若保戶未搭配購買其他可副本理賠之第二張實支實付型醫療險、手術醫療險或癌症保險，僅購買一張實支實付型醫療險可能將無法足額填補其自費醫療支出，故每次住院實支限額在 40 萬元至 50 萬元間或更高的限額，才較足夠因應需一次性大額花費之情況。

至於其他住院醫療雜費實支限額更低的 B 保單(10.2 萬元)、D 保單(21 萬元)，以及將住院雜費與手術費合併於一項保險金給付之 A 保單(20 萬元)、F 保單(40 萬元)及 H 保單(30 萬元)，在保戶同時有高額住院手術費用之情形下，其限額將更顯不足。

(三) 「住院手術費用保險金限額」之探討：

針對「住院手術費用保險金限額」，B 保單、C 保單、D 保單均要求對各手術給付限額，須以固定金額乘以「手術項目及費用表」之

給付比率而定。以因主動脈瓣膜狹窄而須接受心臟瓣膜置換手術之保戶為例，B 保單手術表對一個瓣膜置換之給付比率為 290%，乘以其住院手術費用保險金限額 4.875 萬後之金額約 14 萬元，C 保單手術表之比率為 324%，乘以限額 9 萬後之金額約 29 萬元，D 保單手術表之比率 86%，乘以限額 24 萬後之金額約 20.6 萬元。依健保署醫材比價網公開之牛心材質心臟瓣膜一個價格約 6 萬至 16 萬元，健保給付 43,613 元，一個瓣膜需自費差額可能達 10 萬元以上，倘再加計接受經導管主動脈瓣膜置換手術或傳統開胸手術之手術費後，該保戶手術總花費可能將近 20 萬元。除非將特殊材料費歸入住院雜費給付，否則 B 保單對瓣膜置換之手術費用給付上限 14 萬元恐有不足。

至於採定額給付而不另乘以手術給付比例之 E 保單及 G 保單，其「住院手術費用保險金限額」分別為 22.5 萬及 20 萬元，對於上開瓣膜置換手術費用雖勉強可填補，但若保戶需要接受其他高價自費之手術，例如達文西手術一次手術費用即高達約 20 萬至 30 萬元不等，上開限額恐將無法足額填補保戶自費之手術費用。

(四) 「門診手術費用保險金限額」之探討：

針對「門診手術費用保險金限額」，除 D 保單及 G 保單將門診手術併入住院手術費用計算限額，E 保單及 F 保單則與門診處置費用合併計算限額外，其他保單均為獨立之門診手術費保險金限額，介於 1.5 萬到 6 萬元之間。以門診進行白內障置放人工水晶體之手術為例，手術費可能在 3 萬元不等，此時恐已耗盡門診手術費用給付限額，再加計須自付差額之人工水晶體之特殊材料費（約 1 萬元至 11 萬元）後，即有可能超過本項保險金限額。

倘治療特定疾病使用新式高價自費之質子刀、螺旋刀等門診手術，若不符健保給付條件，自費金額可能高達 20 萬至 30 萬元以上，在此情形下，上開採獨立門診手術費給付限額之保單多會呈現額度不足的狀況，只有 D 保單及 G 保單採用合併之較高限額（24 萬元乘以表定比率或採固定 20 萬元限額）之方式，方可能對高額自費門診手術提供足額保障。

(五) 「總實支限額」之探討：

綜觀上開 8 張保單之各項給付限額，雖商品設計初衷係為國人超出

健保給付部分之住院及手術費用予以損失填補，然而，在分項獨立之給付限額架構下，倘各分項實支限額設定不足，一旦遇到需要高額自費之手術、特殊材料或藥物支出，將單一項實支限額用盡後尚餘相當金額未獲給付，卻無法自其他仍有可用額度之保險金獲填補，將無法有效發揮實支實付型保險的損失填補功能，若能將各分項限額合併為單一項總限額控管，應能解決上開單筆鉅額支出產生之自費缺口問題。

參照本文第二章介紹之美國 Major Medical Plans 通常會與保戶約定一個「終身給付限額」，1980 年間該限額多為 25 萬美元（介於約新臺幣 800 萬至 1,000 萬元間）或更高的金額，又參酌本文所蒐集到美國賓夕法尼亞州之藍十字藍盾協會會員 Highmark Blue Shield 公司推出之「綜合性高額醫療費用保險計畫」，該保單對於每一保戶在網絡內就醫所訂終身給付上限高達 500 萬美元，每一契約年度之給付上限則為 100 萬美元（約新臺幣 3,000 萬元），網絡外就醫之終身給付上限亦有 30 萬美元（約新臺幣 900 萬元）。

反觀本節所挑選 8 張保單，即便粗略地直接將保單各項保險金實支限額加總計算出一筆虛擬的「總實支限額」，假設不考慮個別手術給付比率且實際住院 10 日，各保單每次住院之虛擬總實支限額介於約 23 萬至 78 萬元之間。另假設保戶自 30 歲開始投保，持續每年續保共 50 年直到 80 歲為止，每年至少一次住院且將前揭總實支限額用滿，該 8 張保單累積 50 年的虛擬「終身總實支限額」介於約 1,300 萬至 3,000 萬元間，仍僅是接近前述 Highmark Plan 案例所提一年給付限額 100 萬美元之水準，與其終身給付限額 500 萬美元相去甚遠。儘管考量美國醫院之服務收費水準普遍較國內高，且臺灣尚有完善的全民健保制度提供國人基本醫療保障，上揭台美保單給付限額的差異幅度仍反映出目前國內實支實付型醫療險之限額設計有檢討改善之需要。

四、結論與建議

本文發現目前國內實支實付型醫療險商品之設計架構，較為接近美國早期的基本醫療費用保險 (Basic Plans)，較缺乏有效的成本分攤機制，造成小額理賠及爭議案件較多，副本理賠機制易誘發

保戶的道德風險問題；實支限額多有不足情況，無法符合國人因應大額醫藥支出需要，且採分項限額設計；對門診手術費用之保障較為欠缺，單項給付限額亦有不足等情形。爰本文參酌美國推動高額醫療費用保險之經驗，對國內實支實付型醫療險提出下列建議：

(一) 納入成本分攤機制：

在醫療科技不斷日新月異、高價自費醫療項目不斷推陳出新下，國人的醫療成本持續上升，同時亦衍生道德風險問題，爰建議國內保險業者未來在開發實支實付型醫療險商品時，可參考納入美國醫療保險的成本分攤機制，設計真正可發揮抑制保戶過度利用醫療及保險資源、防範保險詐欺及道德風險功能的自負額或共保比率之保單條款與運作機制。另應注意自負額相對實支限額之比重、共保比率與自付費用上限間之搭配宜合理，以發揮抑制過度醫療利用的功能，並找出國人可合理接受的自付費用上限。

於推動初期，建議保險業者於商品銷售前研議一套適合國人的銷售計畫，將保險公司與保戶共同分攤成本、醫療保險宜著重在大額費用保障等觀念，深植公司銷售團隊及客戶心中，長期應有利於保險公司減

少小額理賠申請案及相關爭議案件，節省理賠審核人力及行政作業成本，保大不保小，將資源運用在真正迫切需要高額保障的保戶及相關爭議案件處理上。

(二) 設計足夠填補醫療費用支出的實支限額：

建議國內保險業者在開發新的實支實付型醫療險商品時，參酌過去理賠經驗、國人醫療利用情形及國內相關醫療服務收費水準，審慎設計足夠填補國人實際醫療費用支出的實支限額。商品設計人員宜持續觀察該等保單在有效契約期間各種保險金理賠觸及實支上限之情形，評估保單所提供實支限額是否切實符合保戶需要。

鑑於美國 Major Medical Plans 等醫療保險在給付限額上，多採整張保單不同給付項目適用一項共同的總給付限額之設計方式，如此限額設計方式相對臺灣目前的實支實付醫療險的分項限額更為單純，有利發揮醫療險之保障功能，保險公司亦能兼顧風險控管。爰在保費釐訂技術可行之前提下，建議國內保險業者評估將實支實付型醫療險所提供各種保險給付之分項限額，合併為單一總限額，即整張保單只適用

一個給付總額之限額，以避免保戶因遭遇單一項鉅額醫療費用致單項實支限額耗盡，無法利用其他保險金填補支出之情形。

(三) 納入對門診手術費用之保障並提供足夠給付限額：

隨著醫療科技進步，現今許多住院手術已改為門診手術，故建議國內保險業者在設計實支實付型醫療險之手術費相關給付項目時，宜納入對門診手術費用之給付，且門診手術範圍不宜過度限縮在少數表定項目，並視醫療供給市場收費水準訂定合理足夠的給付限額。另門診處置倘若與保單給付之手術項目有高度替代性，公司亦宜在合理金額內審酌給予保戶融通，以發揮保險的保障功能。

參考文獻

1. Finfo 保險資訊站 (歐兔科技股份有限公司)，2023，保險比較 - 實支實付醫療險。取自網址
2. <https://finfo.tw/compares/%E5%AF%A6%E6%94%AF%E5%AF%A6%E4%BB%98%E9%86%AB%E7%99%82%E9%9A%AA>，檢索日期:2023年3月。
3. 中華民國人壽保險管理學會，1996，人壽保險，第十二版(下冊)。
4. 財團法人保險事業發展中心，1998，傷害及健康保險。
5. 慧聖律師事務所、黃清濱醫師律師，2011，健康保險理賠爭議與定價資料基礎適足性之研究，保險業務發展基金管 委員會委託研究計畫。

6. 衛生福利部中央健康保險署，2023，醫材比價網，取自網址 https://www.nhi.gov.tw/QueryN_New/SpecialMaterial/SpecialMaterial，檢索日期:2023年3月。
7. 衛生福利部中央健康保險署，2023，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，取自網址 https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=58ED9C8D8417D00B，檢索日期:2023年3月。
8. Douglas Hedger & Donald Schmitr, 1983, Trends in major medical coverage during a period of rising costs, Monthly Labor Review.
9. Dani L. Long, Gene A. Morton, 1988, Principles of Life and Health Insurance (2e), Life Management Institute LOMA.
10. Highmark Blue Shield Comprehensive Major Medical Preferred Provider High Deductible Subscription Agreement,
11. [http://www.pahealthcoverage.com/highmark06/aug06/ppobblue%20\\$1200%20deductible.pdf](http://www.pahealthcoverage.com/highmark06/aug06/ppobblue%20$1200%20deductible.pdf) Accessed Feb. 19, 2023.
12. J.J. Launie, George E. Rejda, Donald R. Oakes, 1991, Personal Insurance (2e), Insurance Institute of America.
13. Robert N. Frumkin, 1986, Health Insurance Trends in cost control and coverage, Monthly Labor Review.

本文作者：

金融監督管理委員會保險局壽險監理組秘書

